

医学のなかの生命倫理

—倫理なしの医学教育?—

日本学術会議第一部連携会員
山梨大学大学院総合研究部医学域
香川知晶

Slavery wasn't a crisis for British and American elites until abolitionism turned it into one. Racial discrimination wasn't a crisis until the civil rights movement turned it into one. Sex discrimination wasn't a crisis until feminism turned it into one. Apartheid wasn't a crisis until the anti-apartheid movement turned it into one.

—Naomi Klein

概要

- はじめに：役に立つ/立たない
- 例示：医学のなかの生命倫理
 - 医学教育と倫理
 - 医学(部)のなかの生命倫理
 - 医学教育の現状
- おわりに

はじめに

- 大学の現況：役に立つ/立たない
- 第二次大戦後の日本
 - 大学管理法案：第1次→第2次→第3次
 - 1948：大学法試案要綱
 - 1951：国立大学管理法案・公立大学管理法案
 - 1962：国立大運営法案……
 - 臨教審第三次答申(1987/04)
 - 大学審議会創設(1987/09)以後
 - 1991：学校教育法・大学設置基準改正
 - 2003：国立大学法人法関係6法成立
 - 2014：国立大学のミッションの再定義

社会的に有用な研究

1948: 大学法試案要綱

- 地方国立大学を都道府県に委譲し、“地元の利益”と直結した“社会的に有用な”研究を中心として大学を再組織し、地方財界人を含む地方の“学識経験者”から成る理事会によって管理運営させる

1990年代以降の(国立)大学

- 新自由主義的再編の進行: ルールを握る1(0)%
- グローバリズムの名による差別化・序列化
- 「適合」を余儀なくされる大学(人)→消滅への道?

医学教育のモデル・コア・カリキュラム

2001: 医学・歯学教育のあり方に関する調査研究協力者会議、モデル・コア・カリキュラム公表

- 医学教育の標準化: コア・カリキュラム→2/3、各大学の選択カリキュラム→1/3
- 基本的内容の精選による過重負担の軽減

2011: 改定版モデル・コア・カリキュラム公表

医学教育モデル・コア・カリキュラム (H13.3策定、H19.12、H23.3改訂) (概要)

- 学生が卒業時まで身に付けておくべき、必須の実践的診療能力(知識・技能・態度)に関する到達目標を明確化
- 履修時間数(単位数)の3分の2程度を目安としたもの(残り3分の1程度は各大学が特色ある独自の選択的なカリキュラムを実施)
- 冒頭に「医師として求められる基本的な資質」を記載、患者中心の医療および医療の安全性確保も明記
- 医学の基礎となる基礎科学については、別途「準備教育モデル・コア・カリキュラム」として記載

教養教育

選択的なカリキュラム(学生の履修時間数(単位数)の3分の1程度)

※各大学が理念に照らして設置する独自のもの(学生が自主的に選択できるプログラムを含む)

医学教育モデル・コア・カリキュラム

(学生の履修時間数(単位数)の3分の2程度)

医師として求められる基本的な資質

C 医学一般

生命現象の科学(再掲) 個体の反応
個体の構成と機能 病因と病態

D 人体各器官の
正常構造と機能、
病態、診断、治療

E 全身におよぶ
生理的变化、病態、
診断、治療

F 診療の基本

症状・病態からのアプローチ
基本的診療知識 基本的診療技能

CBT(知識)・OSCE(技能・態度)
臨床実習開始前の「共用試験」

G 臨床実習

診察の基本

診察法

基本的診療手技

診療科臨床実習
(内科系、外科系、救急医療)

地域医療臨床実習

医師国家試験

A 基本事項

医の原則 医療における安全性確保
コミュニケーションとチーム医療 課題探求・解決と学習の在り方

B 医学・医療と社会

社会・環境と健康 地域医療 疫学と予防医学
生活習慣と疾病 保健、医療、福祉と介護の制度 死と法 診療情報 臨床研究と医療

人文・社会科学・数学・語学教育など
準備教育モデル・コア・カリキュラム

モデル・コア・カリキュラムのなかの倫理

A 基本事項 1 医の原則①

(1) 医の倫理と生命倫理

一般目標:

医療と医学研究における倫理の重要性を学ぶ。

到達目標:

- 1) 医学・医療の歴史的な流れとその意味を概説できる。
- 2) 生と死に関わる倫理的問題を列挙できる。
- 3) 医の倫理と生命倫理に関する規範、Hippocrates (ヒポクラテス) の誓い、ジュネーブ宣言、ヘルシンキ宣言等を概説できる。

(2) 患者の権利

(3) 医師の義務と裁量権

(4) インフォームドコンセント

小石拾いの生命倫理①

- 篠原駿一郎氏の経験談

数年前のこと、ある遺伝学関係の全国学会に倫理学者として招かれ、話をしたことがある。その前日の懇親会で、遺伝医学界ではよく知られた某大学の教授と話す機会があった。彼は、同席していた私の友人の倫理学者と私に向かって、次のような話を仕掛けてきた。

小石拾いの生命倫理②

「倫理学者には、私たち(遺伝学者)の邪魔をしてほしくない。私たちは一所懸命に自転車のペダルを踏みながら国際競争にも負けないように頑張っているのだ。倫理学者はその自転車の進行方向に転がっているあちこちの小石を取り除くような役割を果たしてほしい。」

小石拾いの生命倫理③

私は彼の率直で適確な譬え話にちょっと感動した。なるほど、倫理学者は科学者のしもべ(下部、僕)になれということか。もちろん、誰かが誰かのしもべであることを卑下することはない。表に出る者、下でそれを支える者、相和し協力して世の中は成り立っているのだ。

(篠原駿一郎、2013、生命倫理学は医学医療のしもべか、
『生命倫理のフロンティア』、56頁)

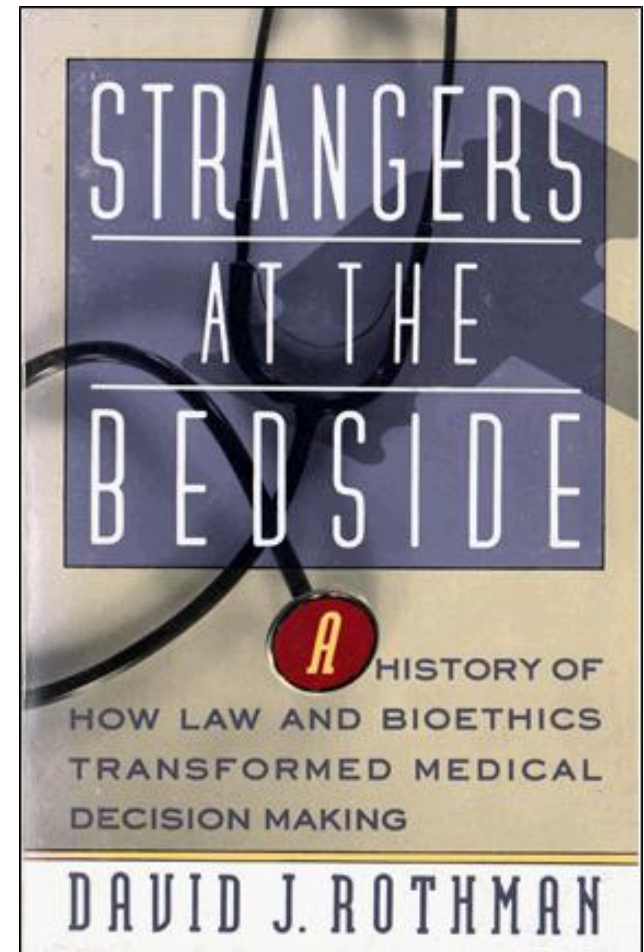
医学(部)のなかの生命倫理

- 個人的経験、医学部で:文化・発想・教養の違い
 - 生命倫理:哲学・倫理学からのアプローチ
 - 1992年教科書→1995年山梨医科大学
- 「学用患者」
- 生命倫理は、米国で、なぜ(曲がりなりにも)根づいたか?

異なる二つの世界

David J. Rothman, 1991, *Strangers at the Bedside A History of How Law and Bioethics Transformed Medical Decision Making.*(邦訳『医療倫理の夜明け』)

私自身、1983年に大学の歴史の教授を続けながら、コロンビア医科大学の社会医学教授に就任したので、内部からと、外部からの見方を容易に区別することができた。.....私は、ごく自分流のやり方で、境界線をまたいで医療の世界に入り、人文科学・社会科学と医学の二つの世界がまったく異なることを実感するようになった。(邦訳16-17頁)



ロスマン：医の倫理と生命倫理

- 二つの世界の違い→問題へのアプローチの仕方の違い→生命倫理と臨床倫理
- 臨床倫理→生命倫理に道を譲る
 - 「さらに注意すべきことは、医師と病院が、患者と地域社会から遠ざかるにつれて、長年、臨床経験のなかで積み上げられた開業医たちの実践的な知恵が、哲学者や法律家が根本原理を研究してえた知恵にくらべて、色あせてみえるようになったことだ。結局、臨床倫理は生命倫理に道をゆずることになった」(邦訳24頁)

生命倫理と医学(部)

医の倫理から生命倫理へ:ロスマンの分析

←医学(実験スキャンダル)、Strangers(生命倫理)を呼び込む

1973:ケネディ委員会、タスキーギ聴聞会

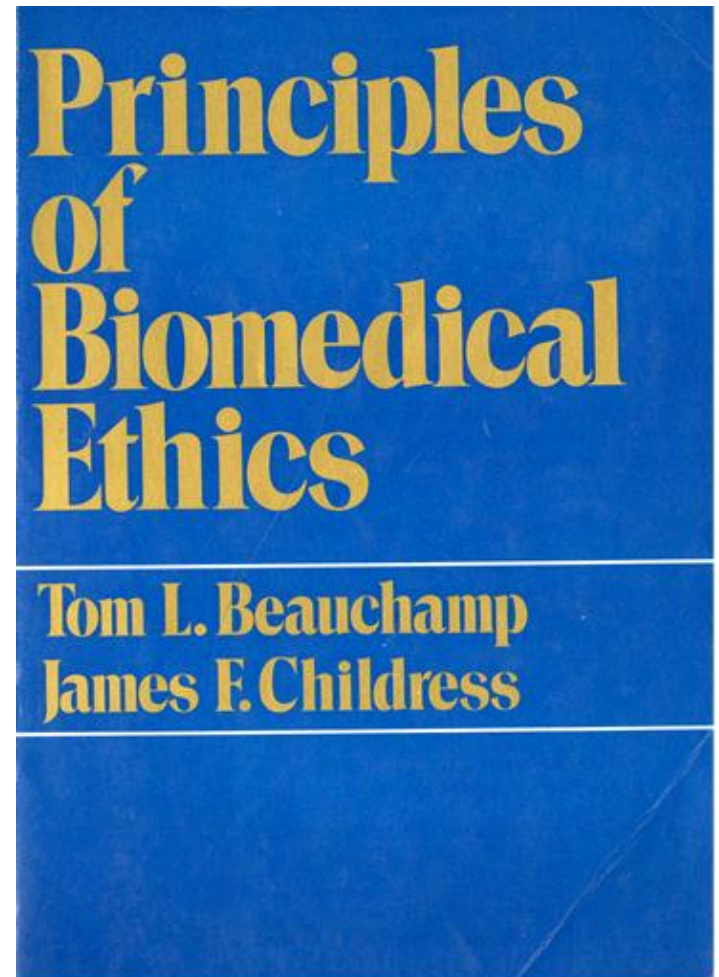
タスキーギ委員会委員J. Katzの証言:「研究共同体は意味のある自己規制を自らの実践に課すことにも、人体実験に許される限界について学問的に深みのある形で議論することにも何ら努力を傾けてきませんでした。ですから、規制をどこか別のところから(from elsewhere)しなくてはならない、と私は提案いたします」→医学研究の外部規制

→応用倫理学としての生命倫理

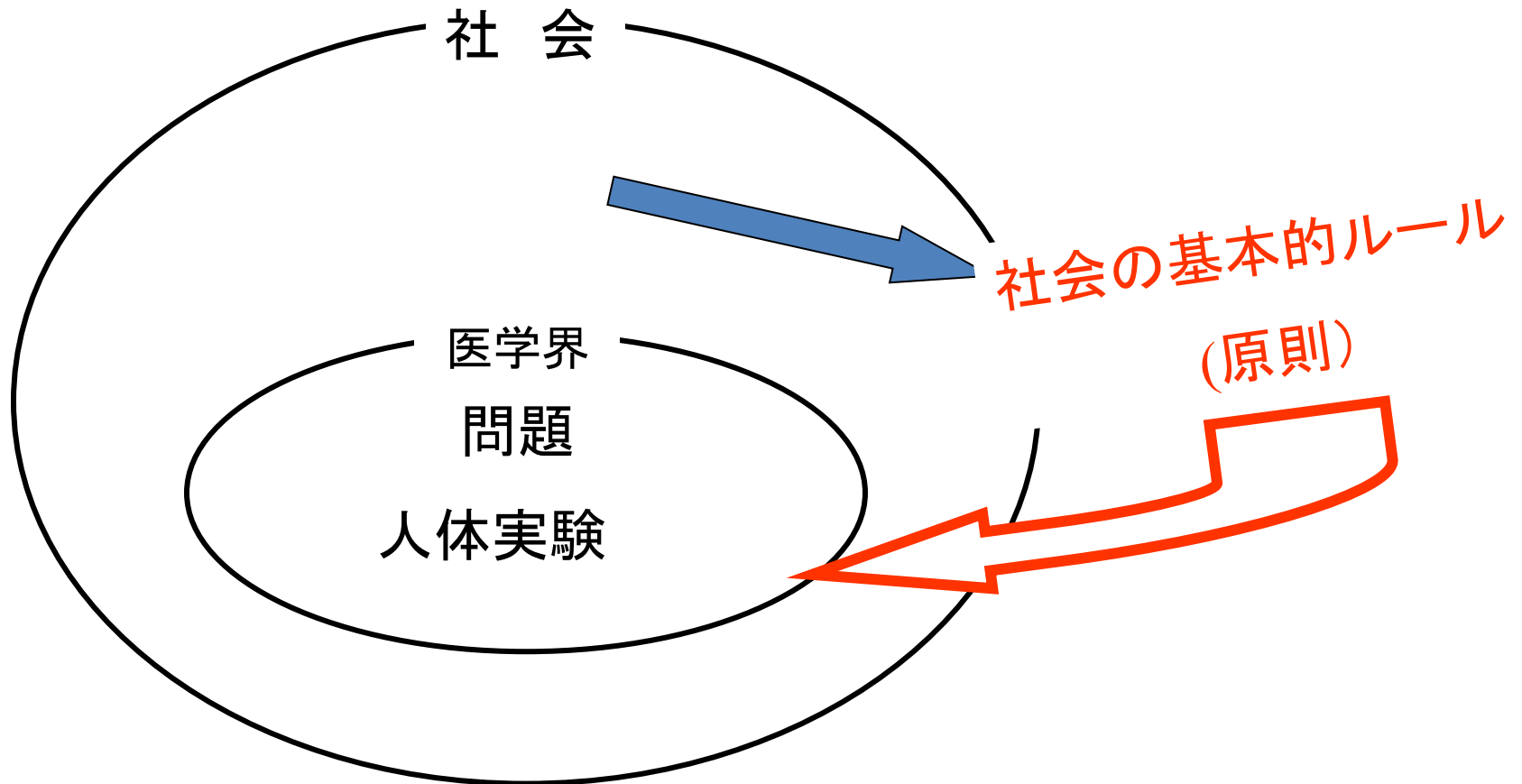
応用倫理としての生命倫理

1979, Tom L. Beauchamp
& James F. Childress,
*Principles of Biomedical
Ethics.*

- 「医療専門職によって作られてきた基準には、その基準を正当化したり改定するための外部基盤(an external basis)を欠くという欠点があった」(1989³:21)



応用倫理という構え



生命倫理: 規制の倫理(regulatory ethics)

⇒「倫理学者には、私たち(遺伝学者)の邪魔をしてほしくない」: 誤解

←規制≠禁止⇒社会的受容を促す装置

医学における生命倫理の終焉

- 生命倫理のその後＝専門化(professionalized: Bruce Jennings, 2014, Introduction, *Bioethics*, fourth edition, xix)
 - 「邪魔をしてほしくない」→小石拾い
 - 応用倫理は御用学である
- 御用学者の御用⇒生命倫理の専門化・技術化
⇒哲学ないしは生命倫理(＝医療技術の批判的受容)の出番は消失
 - 小石拾い⇒過度の適応⇒御用学者消滅への道

医学部、2023年問題

2010: ECFMG通告、資格審査の申請条件として、「2023年以降は世界医学教育連盟(WFME)による国際的な認証評価を受けている医学部出身者に限る」

ECFMG(Educational Commission for Foreign Medical Graduates): 米・加以外の医学部出身者の資格審査期間

2015: 日本医学教育学会・医学教育分野別評価基準策定委員会『医学教育分野別評価基準日本版Ver.1.30』

－ 副題: 「世界医学教育連盟(WFME)グローバルスタンダード2012年版準拠」

基本事項⇒行動科学・社会医学・医療倫理学・医療関係法規

医学教育改革

- 医学教育変革への圧力: 文科省主導の臨床実習の充実方針(1990年代～←敗戦後のGHQ改革の失敗)
- 医学教育の「グローバル化」
 - ←ECFMG通告:《国際的》認証評価に合わせたカリキュラム(+TPP)
 - 国際基準
 - 医師国家試験の英語化(←TPP)
 - 大学の序列化(←一部大学の医師国家試験免除?)
 - 規制の倫理の消失:いわゆるNon MD人員の縮小

おわりに

- もう適応だけに汲々とするのはやめよう
 - 生命倫理の場合：登場→専門化→倫理なしの医学教育？

The philosophical rule, once it has admitted into itself the idea of a sliding scale, cannot really specify its own application. It can only impress on the practitioner a general maxim or attitude for the exercise of his judgment and conscience in the concrete occasions of his work.

—Hans Jonas